De behoeften van verschillende groepen ouderen als vertrekpunt voor vraaggerichte zorg

Deelrapport 2: Klantperspectief

Stichting Onderzoek Systeemvraagstukken Zorgstelsel
i.s.m. Espria Academy

Dr. M.R. Eissens – van der Laan
Dr. L. Dorland
Drs. M. de Boer

December 2016

1. Inleiding

Met de transities in de zorg dreigt het lastiger te worden om behoeften van kwetsbare mensen te vervullen. Kwetsbare mensen blijven langer thuis wonen en zorg en dienstverlening die voorheen vanuit intramurale settingen werd georganiseerd, worden nu vanuit ‘de wijk’ georganiseerd. Met de verschuivingen van budgetten en veranderende financieringsstromen worden andere partijen verantwoordelijk voor het leveren van zorg en ondersteuning. Bovendien moet er bezuinigd worden, terwijl het aantal kwetsbare mensen in Nederland dat een beroep zal doen op zorg en ondersteuning juist zal toenemen als gevolg van de vergrijzing en een steeds minder gezonde levensstijl. Gezien deze veranderingen in financieringsstromen en krimpende budgetten is de vraag hoe schaarse financiële middelen verdeeld moeten worden uiterst belangrijk. In dit debat nemen we het standpunt dat het zinvol is om schaarse middelen te verdelen op basis van de behoeften zoals ervaren door de kwetsbare mensen zelf.

Om dit standpunt te verhelderen is het van belang om stil te staan bij de term ‘behoeften’, aangezien deze term op verschillende manieren geconceptualisseerd wordt (Aoun e.a., 2004). In dit rapport gaan wij er van uit dat ieder individu behoeften heeft en de mate waarin deze behoeften vervuld zijn bepalen het welbevinden van deze individuen (Alderfer, 1969; Tay en Diender, 2011). De term behoeften hebben dus betrekking op de mate waarin mensen kunnen functioneren op een manier die voor hen bevredigend is. Dit is subjectief. Daarnaast heeft deze conceptualisatie betrekking op verschillende domeinen van het menselijk functioneren (biopsychosociaal) (Alderfer, 1969; Tay en Diender, 2011). Dit is in lijn met de nieuwe definitie van gezondheid van Machteld Huber (2011). Onze conceptualisatie van de term behoefte gaat dus niet uit van ‘behoefte aan zorg’, maar van de behoefte om op een wenselijk niveau te functioneren. De mate waarin behoeften vervuld zijn zegt dus nog niets over de aan- of afwezigheid van zorg. Ervaren behoeften van mensen zijn enkel en alleen het vertrekpunt om een persoonsgericht gesprek te voeren over of en hoe zorg ingezet kan worden om behoeften te vervullen.

Het is echter tijdrovend en kostbaar om per individu een persoonsgerichte behoeftebepaling en vervolgens een volledig aanbod op maat te formuleren en te leveren (Lynn e.a., 2007). Daarom stellen wij dat een vraaggericht zorgsysteem gebaseerd moet zijn op groepen mensen met soortgelijke ervaren behoeften. Deze groepen mensen worden in de literatuur veelal aangeduid als segmenten. Binnen de zorg wordt veelal gesegmenteerd naar diagnose (de diabetes populatie), beperking (de populatie slechthorenden), of van welke dienst een populatie gebruik maakt (de verpleeghuispopulatie). De bestaande manieren van segmenteren zijn niet persoonsgericht, aangezien ze niet uitgaan van de ervaren behoeften in verschillende domeinen van het functioneren van mensen zelf. Een vraaggericht gezondheidssysteem en de verdeling van schaarse middelen moet gebaseerd zijn op een persoonsgerichte segmentatie.

Er zijn in de literatuur en in de praktijk nog maar weinig voorbeelden van persoonsgerichte segmentaties (Eissens- van der laan e.a., 2014; Lynn e.a. 2007). In dit deelonderzoek worden de vijf persoonsgerichte ouderensegmenten zoals beschreven in de studie van Eissens-van der Laan e.a. (2014) als uitgangspunt genomen. Door de vergrijzing neemt het aandeel ouderen in onze samenleving toe. Doordat ouderen ook steeds ouder worden, maar niet persé gezonder, neemt het aantal jaren dat zij te maken krijgen met ziekte en/of beperking toe. Hierdoor neemt de complexiteit van de behoeften van deze ouderen toe. De combinatie van een toenemend aantal ouderen met een toenemende complexiteit van behoeften zorgt dat zij

een groeiend aandeel van de totale gezondheidsmiddelen consumeren. Niet alle ouderen zijn kwetsbaar en hulpbehoevend en niet iedereen wordt op dezelfde manier oud. Ouderen vormen een heterogene groep mensen met veel verschillende behoeften en verlangens. Het is daarom relevant om de vraagpatronen van de verschillende ouderensegmenten als uitgangspunt te nemen.

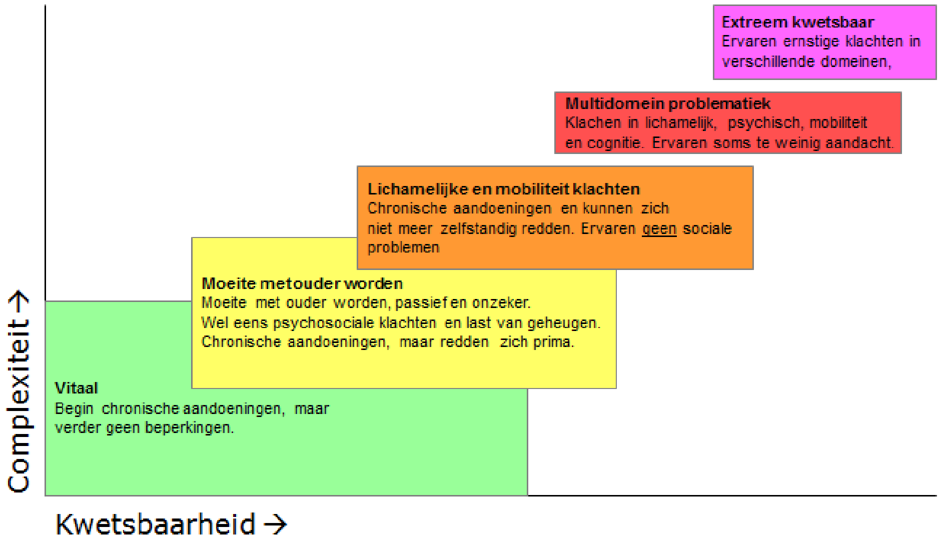
Het doel van deze deelstudie is het geven van inzicht in het klantperspectief op basis van de vijf ouderensegmenten: vitale ouderen, ouderen die moeite hebben met ouder worden, ouderen met lichamelijke en mobiliteitsproblemen, ouderen met multi-domein problemen en extreem kwetsbare ouderen. Dit inzicht wordt geboden doormiddel van drie stappen. De eerste stap omvat het verder concretiseren van de behoeften van de ouderen binnen de vijf segmenten. De tweede stap omvat het analyseren van het aanbod dat tot nog toe geleverd is aan de ouderen uit deze segmenten. In een derde stap laten wij zien dat de match tussen behoeften en aanbod niet optimaal is voor alle segmenten en worden er aanbevelingen geformuleerd om tot een (nog) vraaggerichter zorgsysteem.

Er wordt naast gepubliceerde onderzoeken gebruik gemaakt van de volgende interne onderzoeken:

a) Zorgkosten per ouderenprofiel (Espria Academy)
b) Thuis wonen (Espria Academy)
c) Samen Thuis (Espria Academy)
d) Overzichtsrapportage: leerervaringen aandacht voor leefplezier (Espria Academy)
e) In gesprek over leefplezier (Espria Academy)
f) Onderzoek naar de Odensehuizen (Espria Academy)
g) Resultaten SamenOud T2, T3 (UMCG, Espria)
h) Onderzoek naar consultatiebureaus voor ouderen (UMCG, Espria)

2. Stap 1: concretisering behoeften ouderensegmenten

De persoonsgerichte segmentatie die als basis voor deze deelstudie wordt gebruikt zijn de ouderensegmenten zoals beschreven in Eissens-van der Laan e.a. (2014) die onder leiding van prof. Dr. Joris Slaets heeft plaats gevonden. Figuur 1 geeft een overzicht van de vijf ouderensegmenten. De behoeften van de ouderen uit deze segmenten wordt in sectie 2.1 verder uitgewerkt op basis van de gesprekken die gevoerd zijn met deze ouderen in de verschillende Espria Academy projecten. Ouderen vallen niet permanent in één bepaald segment; door veranderingen in hun situatie kunnen hun behoeften anders worden. In sectie 2.2 gaan we in op verschuivingen die kunnen plaatsvinden tussen de segmenten.



Figuur 1 - Ouderensegmenten

2.1 Ouderensegmenten en behoeften

Vitale ouderen zijn ouderen die gezond ouder worden. Een groot deel van deze groep ervaart één of meerdere chronische aandoeningen, maar over het algemeen beïnvloedt dit niet de zelfredzaamheid. Het welbevinden is hoog. Ze verwachten dat hun behoefte aan lichamelijke zorg stabiel blijft de komende zes maanden. Over het algemeen ervaren ze geen problemen in het cognitieve, psychische en sociale domein. Deze ouderen voelen zich vitaal en willen, indien van toepassing, graag samen met hulpverleners beslissingen maken over zorg en behandeling. Het overgrote merendeel van de ouderen uit dit segment woont zelfstandig thuis (Eissens – van der Laan e.a., 2014).

Dat deze ouderen zich gezond voelen, betekent niet automatisch dat deze ouderen er een gezonde levensstijl op na houden. Uit het onderzoek naar consultatiebureaus voor senioren blijkt dat een deel van de ouderen uit dit segment rookt, overgewicht heeft, flink alcohol consumeert, te weinig beweegt en/of een verhoogde bloeddruk heeft. Deze ouderen willen zich graag zo lang mogelijk gezond blijven voelen.

Ouderen die moeite hebben met ouder worden zijn enigszins kwetsbaar en ervaren enige biopsychosociale problemen. De meeste ouderen hebben één of meerdere chronische aandoeningen, waardoor hun dagelijkse activiteiten wel enigszins worden beïnvloed. Toch

redden deze ouderen zich prima en ervaren ze een hoog welbevinden. Ze maken zich wel zorgen over hun mobiliteit in de toekomst. Ze verschillen van vitale ouderen omdat ze soms moeilijkheden ervaren in het omgaan met het ouder worden en het (functie)verlies dat hiermee gepaard gaat. Ze voelen zich daarom wel eens angstig, gespannen, depressief of in de war. Ook geheugenproblemen kunnen voorkomen. Het merendeel van deze ouderen woont zelfstandig thuis (Eisens – van der Laan e.a., 2014).

Uit het onderzoek naar de consultatiebureaus voor senioren blijkt dat deze ouderen zich opvallend eenzaam voelen. Bovendien zijn ouderen uit dit segment zich er steeds meer bewust van dat er in het emotionele en sociale domein functieverlies is opgetreden en dat er in de nabije toekomst ook een kans bestaat dat functieverlies in het lichamelijke domein zal ontstaan.

Ouderen met lichamelijke en mobiliteitsklachten zijn redelijk kwetsbaar en ervaren lichamelijke en mobiliteitsproblemen. De ouderen ervaren lichamelijke beperkingen en ze hebben veelal meerdere chronische aandoeningen, die hun dagelijks leven beïnvloeden. Ze verwachten dat hun lichamelijke en mobiliteitsproblemen tijdelijk zijn en verwachten niet dat het de komende zes maanden zal verslechteren. Ze kunnen over het algemeen goed omgaan met de situatie waarmee ze geconfronteerd worden en voelen zich over het algemeen niet gespannen, angstig, depressief of verward. Ook cognitieve of sociale problemen komen nauwelijks voor. Het merendeel van deze ouderen woont zelfstandig thuis (Eissens- van der Laan e.a., 2014).

Uit de gesprekken met deze mensen in het onderzoek Thuis wonen blijkt dat deze ouderen ondanks hun lichamelijke functieverlies graag zo veel mogelijk activiteiten zelf willen blijven doen. Het is belangrijk voor deze mensen om zich zo lang mogelijk volwaardig en betekenisvol te blijven voelen. Deze ouderen ervaren beperkingen in zowel hun fysieke als mentale bewegingsvrijheid en voelen zich niet altijd even veilig in hun eigen huis. Deze mensen willen het liefst zo lang mogelijk mee blijven draaien in de maatschappij, ondanks hun lichamelijke klachten.

Ouderen met multi-domein problemen zijn verhoogd kwetsbaar en ervaren veel biopsychosociale problemen. Het welbevinden is vaak aanzienlijk lager dan in de andere groepen. Een deel van deze ouderen begrijpt niet goed waar hun problemen vandaan komen. Ook geheugenproblemen komen veel voor. Ongeveer de helft van deze ouderen woont zelfstandig thuis. Deze ouderen willen zich veelal graag zo lang mogelijk blijven redden en zich zelfstandig blijven voelen. Net als in het vorige segment willen deze ouderen zo lang mogelijk activiteiten blijven ondernemen en zelf regie houden (Eissens-van der Laan, 2014).

Aangezien de complexiteit van de zorgvraag toeneemt, zijn er ook steeds meer verschillende hulpverleners betrokken bij deze ouderen. Uit het onderzoek Thuis wonen blijkt dat respect en privacy zijn hierbij van belang zijn. Continuïteit en gestructureerde contacten met de betrokken hulpverleners in de thuissituatie worden erg belangrijk gevonden. Uit de onderzoeken Samen thuis en de overzichtsrapportage: leerervaringen aandacht voor leefplezier blijkt verder dat persoonlijke aandacht, interesse en betrokkenheid van hulpverlener zowel thuis als in het verpleeghuis vinden deze mensen belangrijk. Humor en een gelijkwaardige en eerlijke samenwerking met hulpverleners worden ook genoemd.

Om zich thuis te kunnen blijven redden, zijn deze ouderen veelal afhankelijk van de mantelzorg van bijvoorbeeld hun partner. Het vervullen van deze mantelzorgtaken wordt met name zwaar ervaren wanneer de partner kampt met (beginnende) cognitieve problemen, zo blijkt uit het onderzoek naar de Odensehuizen en het onderzoek Thuis wonen. Partners van mensen met (beginnende) cognitieve problemen geven aan dat zij hier zowel psychisch, sociaal als lichamelijk onder lijden. Het is psychisch zwaar dat je je partner ziet veranderen. Het is lastiger om eigen sociale contacten te onderhouden, aangezien de zorg voor een partner veel tijd in beslag neemt. Soms durven mensen hun partner ook niet meer goed alleen te laten. Daarnaast is het lichamelijk zwaar, omdat het huishouden en op den duur verzorgende taken op de schouders van de mantelzorger komen. Daarbij komen soms ook nog gebroken nachten, die het lichamelijk extra zwaar maken.

Extreem kwetsbare ouderen zijn zeer kwetsbaar en ervaren veel biopsychosociale problemen. Het aantal bronnen van welbevinden neemt af. De ernstige problemen die ze ervaren beïnvloeden de meeste domeinen van het functioneren. De meeste ouderen uit dit segment ervaren geheugenproblemen. Hun dagelijkse activiteiten worden ernstig beperkt en dit vinden ze over het algemeen niet makkelijk. Veel ouderen geven aan psychische problemen te hebben of vinden het lastig om met moeilijke situaties om te gaan. Ongeveer een derde van deze groep woont zelfstandig thuis. Het merendeel van deze ouderen woont dus in een verzorgings- of verpleeghuis (Eissens – van der Laan e.a., 2014).

In verschillende onderzoeken naar het welbevinden van deze ouderen is gebruik gemaakt van de Groninger Wellbeing Indicator (GWI). De GWI onderscheid acht domeinen van welbevinden. Tabel 1 geeft een overzicht van deze domeinen en wat (extreem) kwetsbare ouderen die intramuraal verblijven aangeven per domein. Tabel 1 is gebaseerd op de onderzoeken Samen thuis en de overzichtsrapportage: leerervaringen aandacht voor leefplezier en in gesprek over leefplezier. Deze tabel heeft ook betrekking op het ouderen uit het segment ‘ouderen met multidomein problemen’ die intramuraal verblijven.

Tabel 1 –Welbevinden (extreem) kwetsbare ouderen intramuraal

Eten en drinken
- Het eten moet lekker zijn - Sommige mensen eten liever gezamenlijk, terwijl anderen liever alleen eten - Het liefst bepalen mensen zelf waar en wanneer ze kunnen eten
Slapen en rusten
- Zelf kunnen bepalen wanneer je naar bed gaat en hoe laat je opstaat - Rust en orde (dus geen mensen die in en uit lopen tijdens de nacht bijvoorbeeld)
Relaties en contacten
- Samen zijn en samen dingen doen met familie en vrienden - Persoonlijke aandacht, interesse en betrokkenheid van het personeel - Soms kunnen medebewoners als storend worden ervaren - Dat de tijd genomen wordt voor het contact
Actief zijn
- Omgaan met het feit dat steeds meer activiteiten niet meer (zelfstandig) ondernomen kunnen worden - Ruimte voor hobby’s - Leuke dingen doen met familie en vrienden
Jezelf redden
- Moeite hebben met de toegenomen afhankelijkheid - Zoveel mogelijk zelf willen doen

- Eigen regie houden, ondanks afhankelijkheid
Jezelf zijn
- Volwaardig als persoon en serieus genomen voelen in de behoeften die je hebt - Iemand voelt zich van betekenis - bewegingsvrijheid voelen (fysiek en mentaal) - Keuzevrijheid - Geloof uit kunnen oefenen - Uiterlijk
Gezond voelen
Wonen
- Een eigen plekje hebben waar je je terug kan trekken (veilig voelen/privacy)

Bronnen: Samen Thuis, Overzichtsrapportage: leerervaringen aandacht voor leefplezier en In gesprek over leefplezier

Opvallend is dat 'je gezond voelen' nagenoeg niet belangrijk gevonden wordt door (extreem) kwetsbare ouderen die intramuraal verblijven en dat zij hier weinig over spreken als het gaat over hun welbevinden. Ze willen vooral het gevoel hebben dat ze erbij horen en dat ze zoveel mogelijk hun eigen leven kunnen bepalen. Daarnaast lijken intramuraal de relaties met het personeel, andere bewoners en familie een belangrijke bijdrage te leveren aan verschillende bronnen van welbevinden. Natuurlijk speelt dit bij het domein relaties en contacten, maar ook bij het domein actief zijn en eten en drinken. Deze (extreem) kwetsbare ouderen willen graag persoonlijke aandacht en dat de tijd voor ze genomen wordt. De relatie met andere bewoners heeft invloed op verschillende bronnen van welbevinden (i.e., samen eten of niet, storend gedrag van anderen, samen activiteiten ondernemen). De relatie met familie wordt veelal genoemd in verband met het ondernemen van leuke activiteiten.

2.2 Verschuivingen tussen de profielen

Uit een transitie analyse (Plat e.a., 2013) komt naar voren dat de meeste ouderen gedurende een periode van drie jaar in hetzelfde segment blijven. Toch zijn er ook verschuivingen, zowel naar meer kwetsbare segmenten als naar minder kwetsbare segmenten. Tabel 2 geeft een overzicht van de gemiddelde jaarlijkse percentuele verschuivingen tussen de ouderensegmenten. De vetgedrukte percentages geven aan wat het hoogste percentage is in een rij en de onderstreepte percentages geven de tweede hoogste percentages in een rij weer. De mensen die gedurende de drie jaar besloten niet meer mee te doen met het onderzoek, bijvoorbeeld als gevolg van overlijden, zijn niet meegenomen in deze Tabel 2.

Tabel 2 – verschuivingen over de profielen (Plat, 2013)

		Naar				
		Vitaal	Moeite met ouder worden	Lichamelijke en mobiliteit problemen	Multidomein problemen	Extreem kwetsbaar
Van	Vitaal	**54%**	<u>21%</u>	<u>21%</u>	4%	0%
	Moeite met ouder worden	<u>25%</u>	**33%**	<u>25%</u>	17%	0%
	Lichamelijke en mobiliteit problemen	17%	18%	**42%**	<u>22%</u>	0%

	Multidomein problemen	4%	13%	25%	**49%**	9%
	Extreem kwetsbaar	1%	2%	10%	34%	**54%**

Tabel 1 laat zien dat de vetgedrukte percentages bij ouderen uit de segmenten 'moeite met ouder worden', 'lichamelijke en mobiliteitsproblemen', en 'multidomein problemen' relatief gezien het laagst zijn. Dit geeft aan dat ouderen in deze drie segmenten dynamisch over tijd zijn. Minder dan de helft van de mensen in deze segmenten zit na een jaar nog in hetzelfde segment. Van deze drie dynamische segmenten lijkt het segment 'moeite met ouder worden' het meest dynamisch.

Het onderzoek naar de verschuivingen tussen de profielen heeft zich gefocust op de drie dynamische profielen. Meer specifiek is er onderzoek gedaan naar triggers voor positieve transities vanuit de dynamische profielen. Uit het onderzoek blijkt dat sociale relaties en contacten, onafhankelijk uit welk segment een oudere kwam, een belangrijke bron is voor positieve transities tussen segmenten. Naast sociale relaties en contacten zijn er per segment significant verschillende bronnen die een bijdrage leveren aan positieve transities (Plat, 2014).

- Triggers voor positieve transities vanuit segment moeite met ouder worden: steun vanuit de omgeving en ouderen die zich beter zijn gaan voelen nemen meer medicijnen.
- Triggers voor positieve transities vanuit het segment lichamelijke en mobiliteitsproblemen: tevredenheid over de woon-leefsituatie is een belangrijke bron van positieve transities. Verder is de hoeveelheid zorg en hoe tevreden men hierover is belangrijke bron voor positieve transities. Bovendien blijkt dat ouderen die vinden dat hulpverleners beter met elkaar samen werken, ook meer kans maken op een positieve transitie. Ook hebben deze ouderen die zich beter zijn gaan voelen meer bronnen van welbevinden.
- Triggers voor positieve transities vanuit het segment multidomein problemen: deze ouderen zijn minder dan 4 keer per jaar bij de huisarts geweest en hebben meer positieve ervaringen met hun hulpverleners.

Opvallend is dat ouderen uit de segmenten 'moeite met ouder worden' en 'lichamelijke en mobiliteitsproblemen' die zich beter zijn gaan voelen meer zorg lijken gebruiken, terwijl ouderen uit het segment 'multidomein problemen' die zich beter zijn gaan voelen juist minder zorg lijken te gebruiken. Deze resultaten geven al een klein doorkijkje naar de volgende sectie van dit deelonderzoek: het ontvangen aanbod per segment.

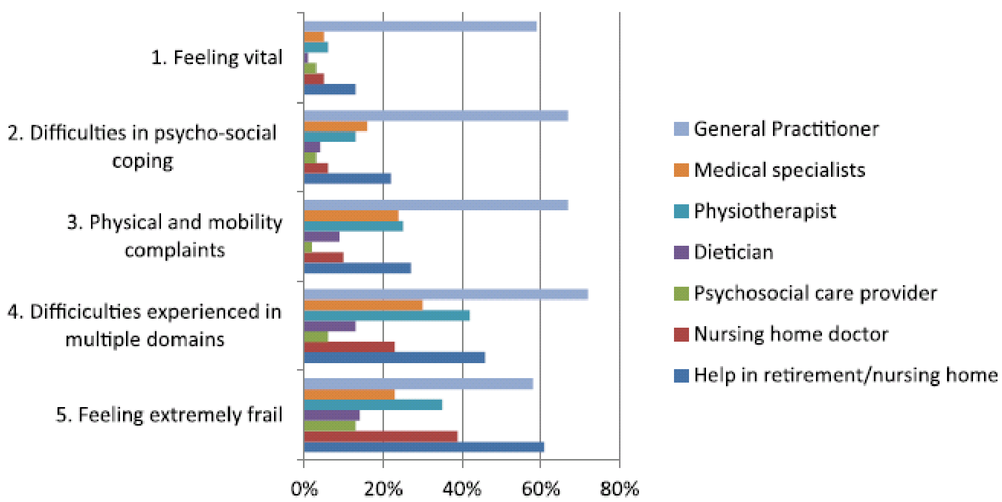
3. Stap 2: Ontvangen aanbod

In deze sectie wordt beschreven welk aanbod de ouderen uit de verschillende segmenten hebben ontvangen. In de beschrijving van dit aanbod wordt onderscheid gemaakt tussen 'care as usual' en innovatieve interventies. Care as usual beschrijft de zorg die de ouderen uit een segment hebben ontvangen en geeft een globaal beeld van de consumptie van schaarse resources per segment. Er is gebruik gemaakt van verschillende bronnen. Er is gebruik gemaakt van wat ouderen zelf gezegd hebben over hun zorg consumptie (Eissens- van der Laan e.a, 2014) en van aanvullende data over zorgkosten verstrekt door de zorgverzekeraar (Zorgkosten per ouderenprofiel).

In sectie 3.2 worden innovatieve interventies beschreven die in de afgelopen jaren zijn gevolgd met onderzoek vanuit Espria. Deze innovatieve interventies zijn slechts een kleine selectie van de innovatieve interventies in heel Nederland. Desalniettemin, kunnen omvatten deze interventies veelal basis-ingrediënten die ook in veel andere interventies teruggevonden kunnen worden. Hierdoor kan sectie 3.2 goed gebruikt worden ten behoeve van de derde stap van dit document, waarin de match tussen behoeften een aanbod nader geanalyseerd wordt.

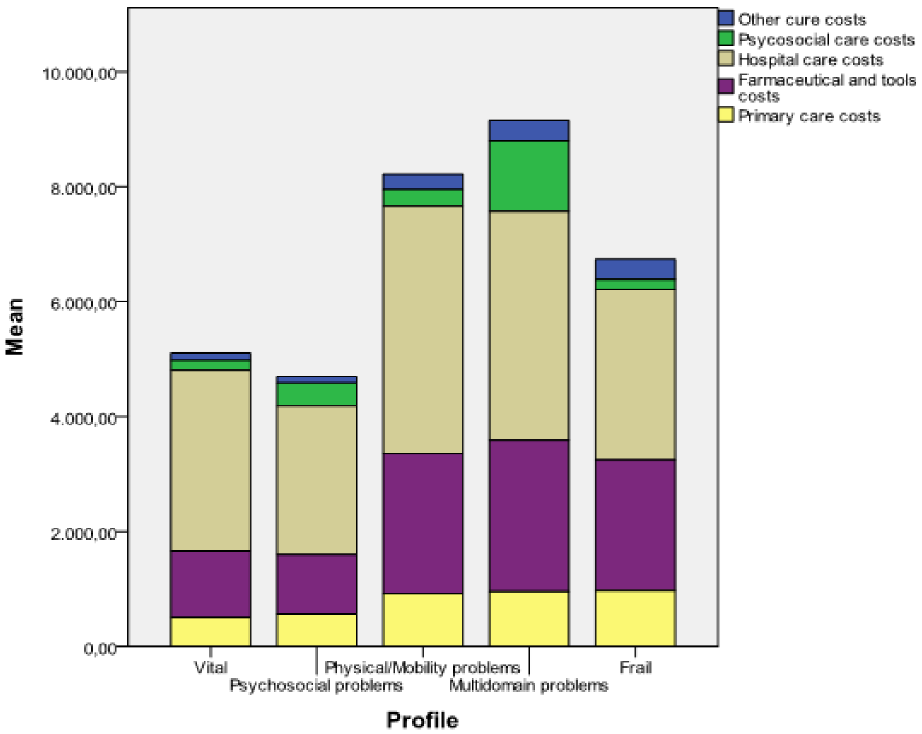
3.1 Bestaand aanbod

Figuur 2 geeft weer van welke zorgprofessional de ouderen uit een segment zorg heeft ontvangen en is gebaseerd op specificaties van de ouderen zelf (Eissens-van der Laan e.a., 2014). Figuur 2 laat zien dat het aantal betrokken zorg professionals toeneemt, naarmate de intensiteit van de ervaren moeilijkheden stijgt. De meerderheid van de ouderen uit alle segmenten ontvangen zorg van de huisarts. Ouderen uit de segmenten 'Lichamelijke en mobiliteitsproblemen' en 'Multidomein problemen' ontvangen significant vaker zorg van een fysiotherapeut. Opvallend is dat de ouderen uit het segment 'Moeite met ouder worden' bijna geen zorg van een psycholoog of een maatschappelijk werker ontvangen (Eissens- van der Laan e.a., 2014).



Figuur 2 – zorggebruik per segment (Bron Eissens – van der Laan e.a., 2014)

Recentelijk is nader onderzoek gedaan naar de zorgkosten per segment door data van zorgverzekeraar Menzis te koppelen aan de ouderen uit de verschillende segmenten. Deze data heeft betrekking op de periode 2009 t/m 2012. Door data van de zorgverzekeraar te koppelen aan de profielen is het mogelijk om meer objectieve uitspraken te doen over het aanbod dat ouderen uit de verschillende segmenten hebben ontvangen. Er is in het onderzoek onderscheid gemaakt tussen cure (ZWV) en care (AWBZ) kosten. Uit het onderzoek komt naar voren dat er een sterke relatie bestaat tussen de segmenten en langdurige zorgkosten (AWBZ). Hoe kwetsbaarder het segment, hoe hoger de langdurige zorgkosten. Opvallend is dat binnen de cure kosten het segment 'Extreem kwetsbaar' niet het meest dure segment is. De segmenten 'Multidomein problemen' en 'Lichamelijke en mobiliteitsproblemen' consumeren meer cure-gerelateerde resources. Nader onderzoek laat zien dat dit vooral medicijn- en ziekenhuiskosten zijn. Bovendien blijkt dat ouderen uit het segment 'Multidomein problemen' is ook relatief veel gebruik maken van psychosociale hulpverlening. Wat verder opvalt, is dat Vitale ouderen relatief veel gebruik maken van ziekenhuiszorg. Figuur 3 geeft een overzicht van de gevonden resultaten van het onderzoek naar zorgkosten per profiel.



Figuur 3 – curatieve zorgkosten per segment (Zorgkosten per ouderensegment)

3.2 Innovatieve interventies per segment

Naast onderzoeken naar globaal zorggebruik per segment hebben er in het afgelopen jaar verschillende onderzoeken plaatsgevonden naar innovatief aanbod. Dit innovatieve aanbod richt zich veelal op één of enkele segmenten. In Tabel 3 wordt dit nieuwe zorgaanbod kort beschreven aan de hand van wat er inhoudelijk geboden wordt en hoe dit geboden wordt en op welke segmenten deze interventie zich voornamelijk richt.

Wat opvalt in Tabel 3 is dat de interventies die zich richten op de Vitale ouderen (a, b) voornamelijk bestaan uit informatievoorziening en het geven van advies. Het doel van deze informatievoorziening is veelal preventie. Het merendeel van de interventies dat zich richt op de vier andere segmenten (c, d, e) bestaat uit behoeftebepalingen individuele begeleiding. In deze interventies speelt de wijkverpleegkundige veelal een centrale rol. Opvallend is dat de interventie 'Odensehuis' zich richt op zowel (extreem) kwetsbare ouderen met dementie, als hun naasten.

Tabel 3 – Innovatief aanbod per segment in de thuissituatie

Aanbod	Segment(en)	Wat wordt inhoudelijk geboden?	Hoe wordt dit geboden?
a. Senioren consultatiebureaus	Vitale ouderen en Ouderen die moeite hebben met ouder worden	Vroegopsporing Een gesprek over leefstijl en gezondheid een lichamelijk onderzoek en advies teneinde preventie	Wijkverpleegkundige levert deze dienst Advies wordt gedeeld met de huisarts Follow-up na 3 maanden en 1 jaar
b. SamenOud dagen	Voornamelijk Vitale ouderen	Informatieve dagen die zich focussen op eigen regie houden op gezondheid en welzijn (preventie)	Dagen vinden 1 a 2 keer per jaar plaats Dagen vinden plaats in groepsverband
c. Ouderenadviseur SamenOud	Voornamelijk Ouderen die moeite hebben met ouder worden	Behoefte bepaling en individuele begeleiding	Persoonsgerichte behoeftebepaling 1 keer per jaar Individuele begeleiding zo vaak als nodig door ouderenadviseur (welzijn) Afstemming met SO team (ouderenadviseur, wijkverpleegkundige, huisarts, Specialist Ouderengeneeskunde (SOG) zo vaak als nodig
d. Casemanager SamenOud	Thuiswonende Ouderen met lichamelijke en mobiliteitsproblemen, Multidomein problemen en Extreem kwetsbare ouderen	Behoefte bepaling en individuele begeleiding	Persoonsgerichte behoeftebepaling 1 keer per jaar Individuele begeleiding zo vaak als nodig door casemanager (wijkverpleegkundige) Afstemming met SO team zo vaak als nodig
e. Thuis wonen	Thuiswonende Ouderen met lichamelijke en mobiliteitsproblemen, Multidomein problemen en Extreem kwetsbare ouderen	Behoeftebepaling en vertaling naar combinaties van zorg, hulpmiddelen en technologie die vrijblijvend uitgeprobeerd kunnen worden	Persoonsgerichte behoeftebepaling Behoeften worden multidisciplinair besproken door thuis wonen team (wijkverpleegkundige, ergotherapeut, vertegenwoordiger hulpmiddelen, vertegenwoordiger techniek) Opties worden met oudere doorgenomen Vrijblijvend uitproberen van de gekozen optie voor een periode van 3 maanden
f. Odensehuis	Thuiswonende Ouderen met multidomein problemen en Extreem	Activiteitenbegeleiding en ondersteuningsgesprekken voor mantelzorgers	Vrijblijvend en flexibel Geleverd door vrijwilligers Meestal activiteiten in groepsverband, maar er bestaat de

	kwetsbare ouderen (met beginnende dementie)		mogelijkheid om individuele activiteiten te ondernemen

4. Stap 3: match behoeften en aanbod

In deze derde stap worden de verzamelde gegevens over het aanbod afgezet tegen de behoeften van de verschillende ouderensegmenten en worden uitspraken gedaan worden over de match tussen behoeften en het aanbod per segment.

4.1 Vitale ouderen

Vitale ouderen willen zich graag zo lang mogelijk gezond blijven voelen. De inhoudelijke focus van zorg en dienstverlening zou zich daarom voornamelijk moeten richten op preventie en herstel. Uit de analyse van het huidige aanbod, blijkt dat deze ouderen relatief veel gebruik maken van ziekenhuis zorg. Dit is een aanwijzing dat er grotendeel voorzien wordt in de behoefte aan herstel (cure). Het voorzien in de (latente) behoefte aan preventie lijkt lastiger. Zo blijkt uit het onderzoek naar de Senioren consultatiebureaus dat het mogelijk is om met een goede screening de juiste doelgroep te bereiken en de behoeften van deze doelgroep goed in beeld te krijgen. Echter, het aanbod dat vervolgens geboden werd sloot niet altijd goed aan bij de behoeften van deze ouderen. Niet alle ouderen waren zich bewust van hun ongezonde leefstijl of zij waren (nog) niet bereid hun leefstijl aan te passen. Minder dan de helft van de deelnemers van de Senioren consultatiebureaus volgt minimaal één advies op. Op populatieniveau is er geen verschil in de verandering van leefstijl tussen ouderen in gebieden met “reguliere” zorg en gebieden waar een Senioren Consultatiebureau is toegevoegd. Dit is lijn met de bevindingen uit de factsheet ‘Vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen’ van het RIVM. Deze factsheet concludeert dat de diverse manieren van vroegopsporing en preventie onvoldoende aansluiten bij wat ouderen willen en nodig hebben. Knelpunten zijn vooral het gebrek aan een duidelijke doelgroep waar de vroegopsporing en preventie zich op moet richten. Ook het gebrek aan samenwerking tussen betrokkenen en bewijs voor effectiviteit van preventieprogramma’s zijn knelpunten (De Bruin e.a.). In onderzoek van Koopmans e.a., (2012) naar de effectiviteit van preventieprogramma’s wordt eveneens aangegeven dat het van belang is dat de behoeften van doelgroep van een preventieprogramma helder moeten zijn, om zo draagvlak voor een dergelijk programma te genereren. Bovendien lijkt een persoonlijke uitnodiging van betrokken zorgverlener een positieve bijdrage te leveren aan deelname aan preventieprogramma’s (Koopmans e.a., 2012).

Samenvattend, er lijkt een discrepantie tussen de behoeften van vitale ouderen en het aanbod in de vorm van vroegopsporing en preventieprogramma’s.

4.2 Ouderen die moeite hebben met ouder worden

Ouderen uit dit segment vinden het lastig om te gaan met de gevolgen van het ouder worden en een deel van deze ouderen voelt zich erg eenzaam. Ouderen uit dit segment zijn zich er steeds meer bewust van dat er in het emotionele en sociale domein functieverlies is opgetreden en dat er in de nabije toekomst ook een kans bestaat dat functieverlies in het lichamelijke domein zal ontstaan. De inhoudelijke focus van zorg en dienstverlening zou gericht moeten zijn op functiebehoud en preventie in het lichamelijke domein en functieverbetering in het sociale en emotionele domein.

Wat betreft de functiebehoud en preventie zouden ouderen uit dit segment een specifieke doelgroep kunnen vormen voor een preventieprogramma, aangezien deze ouderen zich steeds meer bewust zijn van mogelijk (lichamelijk) functieverlies in de toekomst. Voor zo ver bij ons bekend, bestaan er geen preventieprogramma’s die zich richten op ouderen uit dit segment.

Het is verder opvallend dat de ouderen uit dit segment weinig gebruik maken van psychosociale hulpverlening, terwijl functieverbetering in het sociale en emotionele domein en belangrijke inhoudelijke focus zou moeten zijn. Deze bevinding komt overeen met de resultaten van de effectiviteitsstudie van SamenOud in Zuid-West Groningen. In de interventie SamenOud kunnen ouderen uit dit segment gebruik maken van individuele begeleiding van een ouderenadviseur. Een groot deel van de ouderen die in aanmerking kwam voor de individuele begeleiding van een ouderenadviseur, blijkt hier uiteindelijk niet voor te kiezen. Hier zijn verschillende verklaringen voor. Een eerste verklaring is dat deze ouderen ontvangen veelal zorg vanuit de huisartsenpraktijk aangaande hun chronische aandoening(en). De huisarts of andere professionals die opereren vanuit de huisartsenpraktijk kunnen de zorg ten behoeve van functieverbetering in het sociale en emotionele domein leveren. Een andere verklaring is dat ouderen deze begeleiding vooral uit hun eigen (informele) netwerk halen, bijvoorbeeld door steun te zoeken bij de partner, familie en vrienden.

Het is echter de vraag in hoeverre op dit moment wordt voorzien in de behoefte aan ondersteuning in het functioneren. Uit de Resultaten SamenOud T2, T3 blijkt bijvoorbeeld dat op populatieniveau de inzet van een ouderenadviseur weinig invloed blijkt te hebben op de ervaren gezondheid en het welbevinden van deze ouderen. Er lijkt in het huidige aanbod weinig ruimte voor de emotionele kant van het ouder worden: het omgaan met functieverlies, eenzaamheid en zorgen om verlies van mobiliteit en regie. Of in ieder geval vindt dit aanbod de weg naar deze doelgroep niet zozeer.

4.3 Ouderen met lichamelijke en mobiliteitsproblemen

De ouderen uit dit segment ervaren iets meer klachten dan ouderen uit het vorige segment en deze klachten uitten zich allemaal in het lichamelijke en mobiliteitsdomein. Deze ouderen kunnen over het algemeen relatief goed omgaan met hun lichamelijke klachten. Net als in het vorige segment zou de inhoudelijke focus van zorg voor dit segment gericht moeten zijn op functiebehoud en –verbetering. De ouderen uit dit segment maken echter veel meer gebruik van zorg en dienstverlening in vergelijking tot het vorige segment. Deze ingezette zorg kan bijdragen aan dit functiebehoud en –verbetering, aangezien geleverde zorg een bijdrage kan leveren aan positieve transities naar vitalere segmenten. Verklaringen voor de behoorlijke toename in zorg en ondersteuning aan deze groep zou kunnen zitten in de toename van het aantal klachten, maar ook de ‘tastbaarheid’ van deze klachten zou een rol kunnen spelen. Lichamelijke en mobiliteitsklachten zijn mogelijk makkelijker te duiden dan meer psychosociale klachten. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat vooral biomedische professionals zich steeds verder hebben gespecialiseerd in de afgelopen jaren. Hierdoor zijn steeds meer verschillende professionals betrokken en wordt er relatief meer zorg geleverd. Doordat er steeds meer zorgprofessionals betrokken raken bij de zorg en ondersteuning voor deze mensen, wordt afstemming en samenwerking tussen deze professionals steeds belangrijker. In verschillende initiatieven zien we dan ook dat er voor deze groep ‘coördinatoren’ en ‘casemanagers’ worden ingezet (Zie bijvoorbeeld project thuis wonen en SamenOud).

Een belangrijk discussiepunt is wie verantwoordelijk zou moeten zijn voor deze coördinatie. Van belang is om zo veel mogelijk aan te sluiten bij de behoeften en wensen van de oudere zelf, zowel inhoudelijk als persoonlijk. De coördinator zou gekozen moeten worden op basis van inhoudelijke argumenten, in de zin van waar de kern van de behoefte van deze oudere vooral ligt. Voor ouderen uit dit segment zou dat een hulpverlener kunnen zijn met expertise

in het lichamelijke en/of mobiliteit domein. Naast inhoudelijke argumenten, spelen ook persoonlijke argumenten. Dit zijn argumenten die betrekking hebben de persoonsrelatie tussen de oudere en hulpverlener, zoals de persoonlijke klik en de mate van vertrouwen. Toch zien we in veel initiatieven dat vooraf wordt bedacht wie de rol van coördinator op zich moet nemen. Een risico van dergelijke structuuroplossingen is dat naarmate behoeften complexer worden er verschillende coördinatoren in aan de zorg voor deze ouderen worden toegevoegd en er dubbelingen plaats vinden. Zo kan het bijvoorbeeld gebeuren dat een oudere casemanagement vanuit het zorgpad COPD ontvangt, als casemanagement vanuit SamenOud. Naast de inefficiëntie is een dergelijke structuur georiënteerde aanpak weinig vraaggericht. Uit de effectiviteitsstudie van SamenOud komt dan ook naar voren dat deze structuuraanpak geen voordelen oplevert voor de ervaren gezondheid en het welbevinden van de ouderen en ook niet voor de kosten van zorg (Resultaten SamenOud T2, T3).

4.4 Ouderen met multidomein problemen

Deze ouderen ervaren klachten in verschillende domeinen van het menselijk functioneren. Veelal hangen deze problemen ook nog met elkaar samen en is er sprake van een bepaalde mate van ambiguïteit. De behoeften van deze ouderen zijn daarom complex. De zorgconsumptie is het hoogst onder deze groep. De inhoudelijke focus van zorg en dienstverlening bij ouderen uit dit segment verschuift steeds meer van functiebehoud en verbetering naar het leefplezier van deze ouderen. Opvallend is dat uit de transitie analyse van Plat (2013) blijkt dat ouderen die zich beter zijn gaan voelen over verloop van tijd juist minder zorg zijn gaan gebruiken. Daar waar in de vorige twee segmenten positieve transities geassocieerd worden met meer zorggebruik, wordt dat bij dit segment juist niet. Dit doet de vraag rijzen of er sprake is van een goede match tussen behoeften en aanbod voor dit segment. Een goede weging van de mate waarin het toevoegen van een extra zorgprofessional bijdraagt aan het leefplezier van deze ouderen zou centraal moeten staan. Deze weging is voor ouderen uit dit segment erg belangrijk, aangezien voor ouderen uit dit segment geldt dat hoe minder zorg deze ouderen ontvangen, hoe beter ze zich voelen. Dergelijke wegingen leveren ingewikkelde dilemma's op. De dilemma's die hierbij komen kijken zouden besproken moeten worden met deze ouderen en hun naasten. Dit vraagt om 'moeilijke gespreken'. Wat is nu nog belangrijk voor een oudere? En in hoeverre draagt het toevoegen van extra zorg bij aan het leefplezier van deze oudere? Het voeren van dergelijke gesprekken vinden veel zorgprofessionals moeilijk en dergelijke gesprekken worden ook niet altijd gevoerd.

Hier bestaat dus een risico van stapeling en het aldoor toevoegen van extra zorg, zonder dat echt wordt aangesloten bij de behoeften van deze oudere. Er wordt geen geïntegreerd pakket van zorg en hulverlening geboden, maar iedere professional biedt zijn of haar stukje, zonder daarbij aansluiting te zoeken met de rest. Ook bestaat er een risico dat de oudere zelf het overzicht en het gevoel van controle kwijtraakt. Tegelijkertijd dragen de complexiteit en de mogelijke geheugenproblemen waar ouderen uit dit segment mee kampen niet bij aan het gevoel van controle. In deze gevallen is het van belang dat er iemand naast de oudere gaat staan en hem of haar helpt in het nemen van de moeilijke keuzes en het verkrijgen van het gevoel van controle. Gezien de dialoog die dit vraagt, wegen voor deze ouderen vooral de persoonlijke argumenten zwaar in de keuze voor centrale hulpverlener, coördinator of casemanager. De coördinatie zou ook goed vervuld kunnen worden door een naaste van deze oudere – de belangrijke mantelzorger. Echter, van belang is wel dat er vanuit de zorg aandacht is voor deze belangrijke andere, aangezien uit de onderzoeken Thuis wonen en het

Odensehuis blijkt dat mantelzorgers de zorg voor ouderen uit dit segment erg zwaar vinden en de balans tussen draagkracht en draaglast fragiel is.

4.5 Extreem kwetsbare ouderen

Deze ouderen ervaren extreem veel problemen in verschillende domeinen van het menselijk functioneren. Dit segment is veelal erg klein in een geografisch gebied en het merendeel van deze ouderen verblijft intramuraal. De inhoudelijke focus zou hier, net als in het vorige segment, moeten liggen bij het leefplezier van deze ouderen. In verschillende Espria projecten (Samen Thuis, Overzichtsrapportage: leerervaringen aandacht voor leefplezier, In gesprek over leefplezier) zien we echter dat de doelen die gesteld worden, ten minsten intramuraal, vooral liggen op het gebied van veiligheid en het wegnemen van problemen en niet zozeer op het gebied van welbevinden of leefplezier. Veel van de doelen gaan over lichamelijk en andere problemen, terwijl ouderen zelf juist weinig behoeften op dit gebied aangeven. Onderzoek laat zien dat veelal wel wordt aangesloten bij een aantal basisbehoeften zoals lekker eten en drinken en een prettige eigen woonplek. Maar dat er op het gebied van zelfbepaling, ertoe doen en erbij horen tekort wordt geschoten (Samen Thuis, Overzichtsrapportage: leerervaringen aandacht voor leefplezier, In gesprek over leefplezier).

5. Conclusie en aanbevelingen

In de praktijk kunnen we verschillende groepen ouderen onderscheiden die soortgelijke behoeften ervaren. Bovendien laat dit deelonderzoek zien dat de ouderensegmenten die als basis zijn genomen in deze studie verband houden met de langdurige zorgkosten. De ouderensegmenten uit deze deelstudie zouden daarom ingezet kunnen worden ten behoeve van populatiebekostiging van de langdurige zorg.

Uit een nadere analyse van deze behoeften van deze groepen ouderen blijkt dat deze ouderen veelal hele concrete punten noemen die verbeterd kunnen worden (fijne sociale contacten, zich betekenisvol blijven voelen, lekker eten en drinken, en toegankelijkheid voorzieningen). Wij pleiten ervoor dat deze concrete behoeften als vertrekpunt genomen zouden moeten worden in de langdurige ouderenzorg en als basis dienen voor financiering van de schaarse resources.

Deze deelstudie laat zien dat deze inhoudelijke focus voor de vitalere groepen ouderen vooral op preventie en functiebehoud en -verbetering gericht moeten zijn. Echter, deze deelstudie laat ook zien dat er maar weinig bekend is over de behoeften van deze ouderen in relatie tot preventie. Willen ouderen die zich relatief gezond voelen eigenlijk wel iets veranderen aan hun levensstijl? En in hoeverre zijn deze ouderen bereid om zelf in actie te komen? Van belang is dus om de behoeften van deze groep nog veel scherper in beeld te krijgen, alvorens grootschalige vroegsignalering en preventieprogramma's opgetuigd worden. Een persoonlijke benadering is hierin essentieel (De Bruin e.a., onbekend, Koopmans e.a., 2012).

De inhoudelijke focus voor de groepen ouderen met gemiddeld complexe behoeften zou veel meer functiebehoud en –verbetering moeten zijn. Deze ouderen zijn zich steeds meer bewust van het functieverlies, maar het onderzoek van Plat (2013) laat zien dat deze ouderen zich na verloop van tijd ook weer gezonder kunnen voelen. Deze groepen ouderen maken relatief veel gebruik van zorg en ondersteuning. Bovendien, naarmate de complexiteit van de behoeften toeneemt, zijn steeds meer verschillende functionarissen betrokken in de zorg en ondersteuning voor deze groepen. Coördinatie en samenhang worden steeds belangrijker. Veelal worden voor deze groepen ouderen verschillende initiatieven opgezet waarin een 'casemanager' wordt toegevoegd aan de zorg. Het maken van ontwerpkeuzes in de structuur (wie doet wat) moeten zo veel mogelijk gebaseerd zijn op de inhoudelijke behoeften van de oudere en op de persoonsrelatie die de oudere al heeft met zorg- en hulpverleners.

De behoeften van de meest kwetsbare ouderen met de meest complexe behoeften vragen erom dat de zorgblik steeds meer moet worden losgelaten en dat meer gefocust moet worden op het leefplezier van deze ouderen. Een consequentie van deze focus op het leefplezier is dat ook niet alle behoeften van ouderen meer met zorg opgelost hoeven worden. Zaken als eten en drinken en ertoe doen zijn belangrijk voor deze ouderen. En hier draagt zorg niet direct aan bij.

We zien echter dat in de verschillende vernieuwingen in zorg en dienstverlening dat wetgeving en financiering vaak meer de magneet is waar alles zich op richt in plaats van de (veranderende) behoeften en mogelijkheden van ouderen. Gaan we bij vernieuwing te snel voorbij aan praktische punten (wat te leveren) en richten we ons niet te veel op structuren zoals samenwerkingsstructuren en overlegstructuren (wie levert)? In dit deelonderzoek pleiten wij voor vraaggerichte besluiten ten aanzien van zowel de inhoudelijke focus van zorg en dienstverlening, als de organisatie van dit aanbod. Persoonsgerichte segmenten -

segmenten die vertrekken vanuit de behoeften van mensen en niet vanuit de diagnose, beperking of aanbod – zijn hier een goed vertrekpunt voor.

Referenties

Alderfer, Clayton P. "An empirical test of a new theory of human needs." *Organizational behavior and human performance* 4.2 (1969): 142-175.

Aoun, Samar, Duane Pennebaker, and Christie Wood. "Assessing population need for mental health care: a review of approaches and predictors." *Mental health services research* 6.1 (2004): 33-46.

Eissens van der Laan, MR, et al. "A person-centred segmentation study in elderly care: towards efficient demand-driven care." *Social Science & Medicine* 113 (2014): 68-76.

Huber, Machteld, et al. "How should we define health?." *Bmj* 343 (2011).

Koopmans, Berber, et al. "Preventie kan effectiever." *Deelnamebereidheid en deelnametrouw aan preventieprogramma's in de zorg. Utrecht: NIVEL* (2012).

Lynn, Joanne, et al. "Using population segmentation to provide better health care for all: the "Bridges to Health" model." *Milbank Quarterly* 85.2 (2007): 185-208.

Plat, L. "Demand-driven services in health care: a patient-centred transition analysis in elderly care." Master thesis Supply Chain Management, University of Groningen, Faculty of Economics and Business (2013)

De Bruin e.a., " Vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen;*op weg naar betere aansluiting bij wat ouderen zelf willen en kunnen."* RIVM.

Tay, Louis, and Ed Diener. "Needs and subjective well-being around the world." *Journal of personality and social psychology* 101.2 (2011): 354.